

LANE

MEDICAL



LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

POUR LE

Doctorat Universitaire

PRÉSENTÉE A LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR

Joseph-Beppo ADATTO

Contribution à l'Étude

DE LA

Tuberculose Salpingo - Ovarienne

ET DES

Résultats éloignés de leur Traitement opératoire

Président de Thèse : M. le Professeur LEJARS

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

1922



96
A M. le Professeur VAQUEZ
Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine

M. le Docteur OMBREDANNE
Professeur agrégé de Clinique chirurgicale infantile

M. le Professeur DARIER
Professeur de Clinique dermatologique à l'Hôpital Saint-Louis

A M. le Docteur SCHWARTZ
Professeur agrégé de Clinique chirurgicale à l'Hôpital Necker

A M. le Docteur Ch. LENORMANT
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A M. le Docteur ROBINEAU
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

M. le Professeur NOBÉCOURT

M. le Docteur CAUSSADE

M. le Docteur APERT
Médecin à l'Hôpital des Enfants-Malades

M. le Docteur VIGNES

M. le Docteur MARSAN
Chef de Clinique des voies urinaires à l'Hôpital Necker

A M. le Docteur DOUAY
Chef de Clinique gynécologique à l'Hôpital Broca

*A qui nous nous faisons un plaisir d'exprimer
ici toute notre reconnaissance pour l'aide
précieuse qu'il nous a apportée dans l'accom-
plissement de ce travail ainsi que pour la bien-
veillance qu'il a bien voulu nous témoigner.*

A MES PARENTS, A MES AMIS

A notre vénéré Maître et Président de Thèse

M. le Professeur LEJARS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Ancien Président de la Société de Chirurgie

*Hommage de respectueuse reconnaissance
et de profond dévouement.*

77461

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical de la tuberculose annexielle compte de plus en plus de partisans.

Les résultats opératoires immédiats de ces opérations, souvent très importants, sont satisfaisants dans leur ensemble.

Les suites opératoires sont souvent longues, troublées quelquefois par des complications intercurrentes, dont la plus fréquente est la fistule pyo-stercorale; puis finalement la malade sort guérie de l'hôpital.

Depuis plus d'un an que nous suivons, à l'hôpital Broca, le service du Professeur Jean-Louis Faure, nous avons eu l'occasion de revoir à la consultation les cas opérés dans ces dernières années. Nous avons souvent entendu le professeur et ses élèves, discuter cette question de thérapeutique chirurgicale.

C'est dans l'espoir d'avoir traité sous sa forme la plus récente cette question tant débattue du traitement opératoire de la tuberculose salpingo-ovarienne, que nous avons rédigé cette thèse, en y apportant notre modeste contribution.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier d'une façon toute particulière notre maître, M. le Professeur J.-L. Faure, ainsi que M. Douay, chef de clinique, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a aidé des précieux conseils de sa grande expérience.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La tuberculose des annexes de l'utérus est connue depuis longtemps. Dès l'année 1744, Morgagni décrit des formations caséuses au niveau de l'utérus et des trompes d'une femme morte de péritonite tuberculeuse. C'est seulement vers 1865, dans la thèse du Professeur Brouardel, qu'on trouve la première étude complète de la question. Depuis lors, de nombreux travaux ont paru tant en France qu'à l'étranger.

La question de la fréquence des localisations tuberculeuses salpingo-ovariennes a été discutée.

Ainsi Merletti, sur 1366 autopsies de tuberculeux, trouve 172 fois des lésions bacillaires, soit 12,5 p. 100 des cas, Hanseman dans 4 p. 100 des cas seulement.

Si l'on envisage la fréquence des tuberculoses annexielles par rapport aux autres affections gynécologiques, on s'aperçoit des mêmes divergences existant entre les statistiques des divers auteurs : W. Williams, sur 91 salpingites, trouve 7 fois des lésions tuberculeuses, soit 7,9 p. 100; Rosthorn 4,8 p. 100 cas seulement.

Les statistiques publiées ne peuvent présenter une importance réelle que tant qu'elles reposent sur des cas dont on a pu pratiquer un examen anatomo-pathologique complet. Il est en effet très facile de se tromper si l'on se borne à un examen fait à l'œil nu. On peut croire à des lésions tuberculeuses qui n'existent pas, on peut penser à des lésions d'inflammation banale alors qu'il s'agit de tuberculose.

Voici un cas intéressant à ce sujet :

Le 10 mars 1920, on opère, à l'Hôtel-Dieu, une femme de 28 ans, chez laquelle on avait porté le diagnostic de tuberculose annexielle. Au cours de l'opération on trouve des anses grêles adhérentes à une masse arrondie, grisâtre, d'apparence kystique, d'où la ponction retire 260 cent. cubes de liquide citrin, non filant, légèrement trouble.

Après libération de cette poche développée aux dépens des annexes droites, on enlève une deuxième annexite kystique à gauche et l'on termine par l'ablation totale de l'utérus, opération suivie de guérison.

Rien dans l'aspect des pièces à l'œil nu ne permettait de soupçonner la tuberculose ; mais comme les antécédents de la malade y faisaient penser, il fut demandé à M. le Professeur Peyron de pratiquer l'examen histologique des pièces enlevées. Les ovaires étaient microkystiques, mais nulle part il n'y avait trace de tuberculose. Par contre, dans l'épaisseur du muscle utérin, probablement sous la muqueuse, on trouva un foyer constitué par une douzaine de follicules tuberculeux typiques et confluent, pour la plupart en voie de caséification. Cette constatation rapprochée de l'histoire antérieure d'une péritonite tuberculeuse fait penser à cette forme de tuberculose inflammatoire des annexes type Poncet et Leriche, sur laquelle Polosson et Violet ont appelé l'attention et qui se présentait, suivant eux, sous l'aspect de productions kystiques ovariennes.

Une observation très curieuse de Greenberg montre la série d'erreurs que l'on peut faire lorsqu'on se contente de l'histoire clinique et de l'examen macroscopique des pièces. Chez une malade opérée au John Hopkins Hospital, on avait diagnostiqué cliniquement un abcès tubo-ovarien ; à l'ouverture du ventre, on crut enlever une grossesse ectopique non rompue ; l'examen

histologique de la trompe, qui contenait une masse grise, gélatineuse, traversée par des trabécules filamenteux, montra qu'il s'agissait d'une tuberculose typique.

Whitridge Williams a examiné systématiquement, pendant une période de plusieurs mois, toutes les pièces d'annexites enlevées par opération au John Hopkins Hospital. Sur 91 annexites, il a trouvé 7 fois des lésions tuberculeuses, alors que sur ces 7 tuberculoses annexielles, 2 seulement avaient été reconnues comme telles au moment de l'opération, ce qui lui permet de dire que 70 p. 100 des tuberculoses annexielles restent méconnues si l'on ne fait pas systématiquement l'examen microscopique.

La proportion des annexites tuberculeuses serait donc beaucoup plus considérable qu'on ne serait porté à le croire.

Si même on se limite aux annexites séreuses, on trouverait, d'après Yung, que 24,6 p. 100 de ces annexites sont de nature tuberculeuse.

ÉTIOLOGIE

L'âge des malades atteints de tuberculose salpingo-ovarienne varie de moins de 10 ans jusqu'au-dessus de soixante ans.

Brouardel avait relevé : Avant 10 ans 6 cas, de dix à vingt ans 7 cas ; de vingt à trente ans, 16 cas ; de trente à quarante ans, 3 cas ; de cinquante à soixante ans, 2 cas. C'est surtout à l'âge de vingt ans que l'on observe le plus souvent la tuberculose annexielle.

La date de la première menstruation des malades varie également. Des 21 cas observés par Hartmann et Bergeret, dans 3 la menstruation est apparue à douze ans, dans 4 à treize ans,

dans 3 à quatorze ans, dans 5 à dix-sept ans, dans 1 à dix-neuf ans. Comme on le voit, ces chiffres ne s'écartent pas beaucoup des moyennes habituelles dans l'âge d'apparition des règles. Par contre, les troubles dysménorrhéïques sont fréquemment relevés, ce qu'avaient déjà noté les auteurs qui ont écrit sur la tuberculose génitale.

Ils sont le plus souvent très accentués et consistent en irrégularités, douleurs, variations dans l'abondance des règles.

La stérilité, dont la fréquence a été considérée par certains observateurs comme une cause prédisposante, par certains autres, comme une conséquence de la tuberculose génitale, existe chez le plus grand nombre de malades.

Ainsi dans vingt-huit cas observés, en laissant de côté deux vierges, on a vu que sur les vingt-six autres malades, 21 n'avaient eu ni enfants ni fausses couches, 4 avaient eu un enfant, une 2 enfants et 2 fausses couches.

Chez 3 femmes, la tuberculose est apparue au moment de la puerpéralité, 2 fois quelques semaines après un accouchement, 1 fois deux mois après une fausse couche.

Dans les antécédents personnels, on trouve mentionnées les diverses affections banales de l'enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte, avec une fréquence particulière de la rougeole et de la coqueluche. Dans le tiers des cas cités plus haut, il y avait eu des accidents tuberculeux antérieurs, 4 fois une pleurésie, 2 fois des bronchites suspectes, 3 enfin présentaient, au moment où elles sont entrées dans le service, des lésions pulmonaires en voie d'évolution. Cette fréquence de la tuberculose dans les antécédents personnels se retrouve dans les antécédents familiaux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions tuberculeuses uniquement localisées à la trompe sont exceptionnelles. Rien que dans un cas, la trompe droite seule présentait des nodules tuberculeux, sans réaction péritonéale de voisinage, sans lésions de l'ovaire correspondant, ni des annexes du côté opposé. Dans les autres cas, on rencontre fréquemment des lésions du péritoine ou des organes voisins.

I. Lésions unilatérales. — Sept fois les lésions étaient unilatérales. Dans 6 de ces 7 cas, la trompe était transformée en une poche à paroi épaissie, infiltrée, contenant soit des noyaux caséeux, soit un magma caséeux, soit un abcès froid. Dans le septième, la trompe droite, qui avait le volume du poing, présentait à la coupe, au niveau de sa surface interne, un aspect très irrégulier, tomenteux et bourgeonnant. Il existait des bourgeons volumineux très saillants et très vasculaires rappelant l'aspect d'une grossesse tubaire ancienne. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de tuberculose.

Dans deux de ces 7 cas de lésions unilatérales, les annexes opposées étaient entièrement saines. La propagation péritonéale n'avait intéressé que le péritoine voisin. Dans un cas, elle gagnait l'appendice, fusionné avec les annexes droites pour former une masse inflammatoire unique. Dans trois autres cas, les annexes du côté opposé ne présentaient aucune lésion endosalpingienne, la propagation péritonéale qui les avait atteintes couvrait simplement leur surface séreuse de granulations tuberculeuses. Enfin, dans les deux derniers cas, l'ovaire du côté

malade et les annexes du côté opposé, présentaient une dégénérescence kystique à contenu séreux.

II. Lésions bilatérales. — Dans 20 cas, les lésions étaient bilatérales.

Dans 11 cas, il existait des poches de matière caséeuse ou des poches de pus grumeleux qui répondaient à la situation des annexes plus ou moins reconnaissables. Dans trois de ces cas l'aspect était celui d'une poche d'abcès froid. La poche, dans un cas, avait le volume d'une tête de fœtus, sa face externe était recouverte d'un semis de granulations, elle était remplie d'un pus grumeleux contenant des débris caséeux caractéristiques.

Dans cinq cas, les annexes de deux côtés étaient le siège d'une infiltration lardacée centre d'un magma de péritonite adhésive, au milieu de laquelle on trouvait de loin en loin quelques noyaux caséux ou quelques petits abcès.

Enfin, dans quatre cas, les lésions étaient presque exclusivement péritonéales. La tunique séreuse de la trompe était recouverte de granulations tuberculeuses, sans qu'il y eût d'autres lésions tubaires proprement dites qu'une oblitération plus ou moins complète du pavillon et une exsudation plus ou moins abondante dans la trompe, pouvant arriver à former un hydrosalpinx.

Au point de vue topographique, dans un cas, les lésions siégeaient dans la portion isthmique, dans tous les autres cas dans la partie externe.

Etat de l'ovaire. — Les lésions tuberculeuses sont toujours prédominantes sur les trompes ; elles sont presque toujours accompagnées de périovarite, mais l'envahissement même du tissu ovarien par le processus tuberculeux est beaucoup plus rarement noté.

Dans un cas, il est noté cependant qu'un abcès froid siégeait dans l'ovaire. Dans cinq autres cas, il semble que les lésions tuberculeuses de l'ovaire aient paru certaines.

Dans trois des cas, il existait simplement des granulations à la surface de l'ovaire, dans deux autres des noyaux caséeux intra-ovairiens. Enfin, on trouve signalées huit fois des lésions kystiques de l'ovaire.

Reste un point spécial non encore tranché : faut-il considérer, avec Poncet et l'école lyonnaise, certaines lésions kystiques ovariennes comme des manifestations d'une variété spéciale de tuberculose qui, ne s'accompagnant ni de granulations tuberculeuses, ni de foyer caséeux, sont associées à d'autres lésions bacillaires et mériteraient d'être regardées comme une forme spéciale, dite inflammatoire de la tuberculose. Cette question ne paraît pas encore nettement élucidée.

Etat du péritoine. — Dans treize cas, les lésions péritonéales étaient limitées au péritoine du petit bassin qui se trouvait recouvert de granulations de volume variant d'une tête d'épingle à la taille d'un pois. Le péritoine pariétal et le péritoine viscéral en étaient couverts.

D'ordinaire, les masses annexielles sont collées à la face postérieure des ligaments larges auxquels des adhérences plus ou moins solides, tantôt molles, tantôt lardacées, les unissent.

Souvent le côlon pelvien est fusionné avec ces masses qui, quelquefois, sont coiffées par le grand épiploon. Dans un cas, l'appendice plongeait dans le bassin et était englobé dans une masse annexielle droite.

Dans treize cas, les lésions s'étendaient au péritoine de l'abdomen. Le péritoine de la paroi antérieure, dans sa partie sous-ombilicale, le grand épiploon, étaient envahis, infiltrés et recouverts de granulations tuberculeuses : le péritoine de

l'iléon, le mésentère, le côlon sigmoïde et son méso en étaient recouverts.

Ces différentes anses, d'ordinaires agglutinées et fusionnées avec le grand épiploon et la paroi abdominale antérieure, formaient une masse volumineuse.

Fistules. — Il n'a été relevé qu'une fois une fistule avec un organe voisin, c'était une fistule avec le côlon pelvien ; ses dimensions étaient celles d'une grosse sonde cannelée. Aucune de nos malades n'a eu de fistule s'ouvrant dans les voies urinaires. L'une d'elles avait une fistule spontanée qui s'ouvrait à la peau de la région inguinale ; quatre ont eu des fistules pariétales post-opératoires, une autre a conservé une fistule vaginale pendant quelque temps.

Notons, en terminant, qu'il n'a été observé que dans un cas la coïncidence de la tuberculose urinaire avec la tuberculose génitale. En même temps qu'une tuberculose de la trompe droite, il y avait une pyonéphrose tuberculeuse du côté opposé.

Il s'agissait d'une femme de 33 ans, qui présentait une tuméfaction annexielle droite et chez laquelle on avait diagnostiqué une énorme pyonéphrose formée du côté gauche et une tuméfaction annexielle. La coeliotomie pratiquée le 1^{er} juin 1909, permit de faire une néphrectomie transpéritonéale gauche et l'ablation des annexes droites. La malade a été revue guérie dans un état de santé parfaite en mai 1910.

La rareté du développement de lésions tuberculeuses à la fois dans l'appareil génital et dans l'appareil urinaire chez la femme, nous a paru digne d'être mentionnée par comparaison avec la fréquence relative de la coïncidence des lésions tuberculeuses de l'appareil urinaire et de celles de l'appareil génital chez l'homme.

Dans une statistique de néphrectomie pour tuberculose rénale,

nous ne trouvons qu'un seul cas de tuberculose génitale sur 55 néphrectomisées femmes (celui que nous venons de mentionner), alors que nous trouvons trois cas de tuberculose épидидymaire sur 19 néphrectomisés hommes. Cette différence n'a rien qui puisse étonner, les connexions de l'appareil génital et de l'appareil urinaire étant très différentes chez la femme et chez l'homme.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE

La nature des lésions de tuberculose salpingo-ovarienne se trouve caractérisée soit par la présence de cellules géantes plus ou moins typiques, soit par l'existence de follicules tuberculeux mieux individualisés. La zone de réaction lympho-conjonctive qui entoure ces formations est plus ou moins étendue. Elle peut évoluer vers le ramollissement et constituer des nodules caséeux, puis par fonte progressive, des abcès froids. Elle peut, au contraire, évoluer vers l'organisation et la sclérose. L'on peut, en somme, observer les modes divers et tous les degrés possibles dans l'évolution des lésions tuberculeuses.

Les trompes sont le siège de prédilection des lésions. Dans certains cas, les follicules se développent sous la séreuse. Ce sont des cas de granulie péritonéale.

Dans la tuberculose tubaire proprement dite, les lésions débutent par une infiltration inflammatoire de la muqueuse et du tissu conjonctif sous-muqueux ; les autres tuniques sont envahies secondairement.

Les lésions peuvent rester disséminées au milieu d'éléments modifiés, mais encore reconnaissables. Elles peuvent confluer et la paroi de la trompe n'être plus formée que par un tissu

inflammatoire qui, dans certains cas, rappelle la paroi d'un abcès froid avec son aspect habituel.

PATHOGÉNIE

Le mode d'arrivée du bacille tuberculeux dans les annexes utérines, a été diversement interprété.

Certains comme Verneuil¹, en France ; Conheim², en Allemagne, se sont faits les champions de la théorie de l'infection par voie ascendante, le bacille arrivant avec le sperme dans le vagin et remontant ensuite dans le canal génital. Hégar, Fernet³ ont également défendu cette théorie.

Pénaire, Cornil et Dobroklonsky sont arrivés à produire des endométrites tuberculeuses par inoculation bacillaire. Marie Gorovitz⁴ qui a obtenu sur le cobaye des lésions tuberculeuses sur la trompe, dans les ganglions iliaques et sur le péritoine, après inoculation directe de la trompe par voie abdominale, a toujours échoué lorsqu'elle faisait des inoculation vaginales. Oncarini, Guzzoni⁵, Popoff⁶, Williams ont de même échoué dans leurs tentatives sur le lapin et le cobaye. Lorsque, avant de faire l'inoculation, on traumatise le vagin, on voit se déve-

¹ Verneuil : Hypothèse sur l'origine de certaines tuberculoses génitales dans les deux sexes, *Gaz. hebdom. de Méd. et de Chir.*, Paris, 1883, nos 13 et 14.

² Conheim : Tuberculose vom Standpunkte der infectionlehe. Leipzig, 1879.

³ Fernet : Infections tuberculeuses par voie génitale, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, Paris, 1884, p. 420.

⁴ Gorovitz (Marie) : De la tuberculose génitale de la femme. *Thèse de Paris*, 1899-1900, n° 629.

⁵ Guzzoni : *Rev. di Obstetrica e Gince*. Torino, 1890, nos 21 et 22.

⁶ Popoff : *Thèse inaugurale*, Petrograd, 1898.

lopper des lésions tuberculeuses, mais celles-ci envahissent les lymphatiques, les ganglions pelviens et présentent une évolution différente de celle des tuberculoses annexielles que nous voyons en clinique.

Quelques auteurs¹ décrivent la tuberculose annexielle comme une tuberculose descendante ; les bacilles pénétreraient dans la trompe en venant du péritoine ou d'organes voisins.

A l'appui de la pénétration dans la trompe de bacilles tuberculeux contenus dans le péritoine, on a invoqué les expériences de Pinner qui, introduisant dans le péritoine de rats ou de chiens de petits corps solides, tels que de la poudre de cinabre, ont vu les grains passer rapidement à travers les trompes et l'utérus pour arriver dans le vagin. Dans le but de vérifier cette théorie, Murphy a fait des expériences sur le singe, animal très sensible à la tuberculose et dont les organes génitaux sont identiques à ceux de l'homme.

Bien qu'à la suite des inoculations, des lésions de péritonite tuberculeuse se soient développées, dans aucune des expériences qu'il a tentées, il n'y eut de tuberculose tubo-utérine.

Il semble que l'infection se fait le plus souvent par voie sanguine, la malade portant en un autre point du corps un foyer tuberculeux. Willemin a vu une salpingite tuberculeuse se développer chez une lapine à la suite d'une injection intra-veineuse de produits tuberculeux.

Les professeurs Jean-Louis Faure et Hartmann ont constaté dans une forte proportion l'existence d'autres foyers tuberculeux antérieurs à la tuberculose génitale, ce qui vient à

¹ Consulter *La Tuberculose Salpingo-ovarienne*, par Henri Hartmann, Bergeret et Rémy. *Gynécologie et obstétrique*. Paris, année 1920, T. II.

l'appui de la théorie de l'infection par voie sanguine, la plus généralement adoptée à l'heure actuelle ; c'est d'ailleurs celle également admise aujourd'hui pour expliquer la pathogénie de la tuberculose urinaire.

ÉTUDE CLINIQUE

Au point de vue clinique, nous avons trouvé d'assez grandes différences chez nos malades. Chez certaines d'entre elles, le syndrome était celui d'une annexite inflammatoire banale ; chez d'autres on trouvait le complexe symptomatique de la péritonite tuberculeuse, avec cette particularité qu'il y avait des masses tuberculeuses pelviennes, qu'il existait des troubles fonctionnels génitaux, que les symptômes intestinaux, si fréquents dans la péritonite tuberculeuse, étaient, au contraire, rares et n'étaient apparus que tardivement. Entre ces deux extrêmes on peut rencontrer tous les intermédiaires.

I. Tuberculose génitale, à forme d'annexite, avec ou sans pelvi-péritonite. — Cette variété est la plus fréquente. Dans presque tous les cas, le début est progressif. Pendant un temps variable, six, huit mois, quatre ans même dans un cas, la malade souffre légèrement du ventre ; les règles deviennent irrégulières et douloureuses ; des pertes blanches ou rouges, plus ou moins abondantes, apparaissent. Ces troubles surviennent par crises, le plus souvent à l'occasion des règles. Les crises sont rarement assez violentes pour obliger la malade à interrompre son travail et à garder le lit.

La douleur, dans quelques cas, manque complètement, ou se réduit à une simple sensation de pesanteur. Lorsqu'elle existe,

elle siège dans le bas-ventre, survient à l'occasion des règles ou d'une fatigue, s'irradie vers les lombes ou les membres inférieurs. Il est rare qu'elle soit très violente.

Les troubles de la menstruation sont variables et ne semblent pas très importants. La plupart du temps, les règles sont très régulières, tant dans leur date d'apparition que dans leur durée et leurs caractères généraux. Dans quelques cas, elles se sont modifiées au moment où les accidents ont commencé, devenant irrégulières et douloureuses ; une malade a présenté des ménorrhagies. Dans un seul cas, nous avons noté de l'aménorrhée, mais il s'agissait d'une femme de quarante-sept ans, l'arrêt des règles était peut-être en rapport avec la ménopause.

Sur quatorze cas que nous avons observé, les six n'avaient eu ni enfant ni fausse couche ; huit avaient eu des enfants, l'une avait même eu trois enfants et une fausse couche. La proportion des femmes stériles a donc été de 43 %.

A l'inspection, l'abdomen est d'ordinaire normal ; dans quelques cas, cependant, il était légèrement météorisé. Le ventre est souple, parfois la palpation profonde de la partie inféro-interne des fosses iliaques réveille un peu de douleur. L'utérus un peu augmenté dans certains cas, était dans les autres normal ; sa mobilité varie suivant les cas ; elle était normale dans deux cas, malgré l'existence de masses annexielles latérales ; dans trois il était complètement immobilisé ; dans les autres, sa mobilité était diminuée à des degrés variables. Latéralement on trouve des tuméfactions de dimensions variables, rappelant celles que l'on constate ordinairement dans les annexites banales, le plus souvent douloureuses, quelquefois indolentes.

Il est très rare de constater ces nodosités en chapelet que décrivent quelques gynécologues. Dans six cas, il est spécifié

que la tuméfaction était dure, dans les autres, que la consistance variait ; elle variait même, pour le même cas, suivant les points.

En général, la maladie évolue par poussées successives, chaque poussée s'accompagnant d'une légère ascension thermique, aux environs de 38°.

L'état général, dans la plupart des cas, est peu atteint. On note cependant parfois un léger amaigrissement et très souvent des lésions de tuberculose chronique pleuro-pulmonaire (submatité et respiration rude d'un sommet, diminution de la respiration à la base, séquelle d'une pleurésie ancienne, etc.).

Etude anatomo-clinique de cette forme dénommée également salpingite tuberculeuse. — Suivant le degré et la profondeur des altérations de la trompe, on a pu décrire une salpingite catarrhale, une salpingite parenchymateuse caractérisée par l'épaississement et l'infiltration pariétale, mais sans rétention, enfin un pyo-salpinx tuberculeux. Les deux dernières formes sont seules fréquentes ; la salpingite catarrhale, avec semis de granulations sur la face séreuse et sur la surface muqueuse de l'organe, ne se rencontre guère qu'associée à une salpingite parenchymateuse ou à un pyosalpinx de l'autre côté.

Quel que soit le degré des lésions de la trompe, la périsalpingite est constante : toujours les annexes sont enveloppées et fixées par des adhérences. L'aspect de celles-ci est variable : tantôt ce sont des brides ou des lames fibreuses, sèches, minces, peu vasculaires plus ou moins résistantes, qu'il faut souvent disséquer aux ciseaux — elles représentent alors le résultat d'une inflammation péritonéale banale ou la cicatrice d'une ancienne pelvi-péritonite tuberculeuse guérie, tantôt ce sont des adhérences épaisses, charnues et lardacées, friables et saignantes, parsemées de points jaunâtres caséux ou d'abcès,

témoignant d'un processus tuberculeux en activité. Les adhérences à l'utérus, au fond et aux parois latérales du bassin ne manquent, pour ainsi dire, jamais ; il en est de même des adhérences au rectum et au côlon pelvien. Les adhérences à l'intestin grêle et à l'épiploon sont également très fréquentes : nous les avons rencontrées dans cinq de nos cas ; intestin et épiploon agglutinés constituent alors une sorte de diaphragme qui, à l'ouverture du ventre, masque l'utérus et ses annexes.

Le processus tuberculeux peut gagner les organes voisins par la voie de ces adhérences, ulcérer leur paroi et ainsi sont créées parfois des fistules spontanées tubo-intestinales ou tubovésicales. Ces fistules ne se rencontrent qu'à un stade avancé de la tuberculose génitale et elles ont été surtout décrites dans les protocoles d'autopsie ; nous n'en avons pas observé chez nos malades.

Dans la cavité pelvienne cloisonnée par ces adhérences, entre les viscères, on rencontre souvent des collections liquides enkystées, plus ou moins considérables. Les unes sont purulentes, véritables abcès intra-péritonéaux, qu'il faut distinguer des collections développées dans la lumière de la trompe (pyosalpinx) ou dans l'épaisseur de ses parois. Les autres sont des collections séreuses qui tantôt représentent une véritable ascite tuberculeuse enkystée et tantôt sont une réaction inflammatoire banale du péritoine, comme celle que l'on observe fréquemment dans les salpingites-gono-cocciques ou streptococciques. Un cas de Jayle est à ce point de vue démonstratif : bulles séreuses développées au voisinage de trompes tuberculeuses — l'examen du liquide de ces bulles montre la présence de polynucléaires et d'hématis en l'absence du bacille de Koch.

Dans une observation, une colpotomie faite tout d'abord a donné issue à un demi-litre de liquide séreux et, lorsqu'on a

pratiqué la laparotomie, trois mois et demi plus tard, on a encore trouvé une assez grosse collection séreuse développée entre le diaphragme colo-vésical et les annexes. Dans une deuxième observation, au cours de la libération des trompes, on a ouvert plusieurs abcès développés non dans les trompes mêmes, mais à leur voisinage, au milieu d'adhérences. Enfin, dans une troisième observation, à côté de la trompe droite, coexistaient une grosse collection séreuse et des abcès intrapéritonéaux à pus fétide.

L'association de lésions tuberculeuses de l'ovaire à la salpingite tuberculeuse est notée assez souvent.

Nos observations de salpingite tuberculeuse fournissent des exemples assez variés des lésions que l'on peut rencontrer et compléteront la description que nous venons de donner.

OBSERVATION I

Femme de vingt-deux ans, entrée en 1904 à l'hôpital Lariboisière. Pas d'antécédent génital (ni accouchement, ni fausse couche). Salpingite double, plus volumineuse à gauche. — Opération (Lenormant) : A gauche, pyosalpinx ; à droite, salpingite parenchymateuse ; péritoine parsemé de granulations tuberculeuses ; adhérences épaisses et vasculaires au côlon pelvien, à l'intestin grêle et à la vessie ; ouverture de la vessie au cours de leur libération. Hystérectomie supravaginale : au moment de la section du col, il s'écoule un peu de pus granuleux de la cavité utérine. A l'examen de la pièce, semis de granulations sur la face interne des trompes et de la muqueuse utérine. Mort le lendemain de l'opération.

OBSERVATION II

Femme de quarante et un ans, entrée en novembre 1902 à l'Hôtel-Dieu, pour une tumeur utérine. Fibrome du volume d'une tête d'enfant et signes de salpingite droite. — Opération le 21 novembre 1908 (Lenormant) : Semis de granulations tuberculeuses sur le péri-

toine viscéral et pariétal du bassin et de la partie inférieure de l'abdomen ; utérus fibromateux ; la trompe et l'ovaire droit forment une masse fixée à l'utérus et à l'intestin par des adhérences épaisses et friables. Hystérectomie supra-vaginale. Sort guérie le 13 décembre.

OBSERVATION III

Femme de vingt cinq ans, entrée en novembre 1908 à l'Hôtel-Dieu pour salpingite ; deux enfants et une fausse couche. Signes de salpingites doubles, plus marquée à gauche. — Opération le 3 décembre 1908 (Lenormant) : Granulations tuberculeuses abondantes disséminées sur le péritoine pariétal et viscéral, surtout nombreuses au niveau de l'utérus et des annexes ; trompe droite grosse, adhérente, mais non kystique ; à gauche, tumeur annexielle du volume du poing, adhérente à l'intestin ; cette tumeur est constituée par la trompe et, au-dessous d'elle, par une poche remplie de sang noir et de caillots enkystés par des fausses membranes. Hystérectomie supravaginale. La malade sort le 35 décembre, conservant encore une fistule au niveau du trajet du drain abdominal.

OBSERVATION IV

Marguerite L..., vingt ans, entrée à l'hôpital Tenon, le 13 décembre 1912, pour salpingite.

Début en mai 1912 pour une crise douloureuse au moment des règles. Depuis cette époque, la malade souffre du ventre d'une manière sourde et continue, avec de temps à autre, des exacerbations qui l'ont obligée déjà à faire un séjour à l'hôpital. La crise la plus récente, qui est encore en cours au moment de l'entrée de la malade, s'est accompagnée de vomissements et de fièvre.

L'examen révèle l'existence d'une double salpingite ; la tumeur annexielle gauche est la plus volumineuse. Opération le 15 janvier 1913 (Lenormant) : Laparatomie médiane sous-ombilicale. L'intestin grêle et l'épiploon à la face postérieure des annexes ; le fond de l'utérus est libre ; de chaque côté, grosses trompes d'apparence kystique, adhérentes à l'intestin, aux parois pelviennes, au fond

du Douglas ; la trompe droite est grosse comme un petit œuf, la gauche comme une orange. La libération de l'intestin adhérent ne peut être faite qu'aux ciseaux ; à gauche, on détache ainsi le côlon pelvien ; à droite, une anse grêle adhérente est déchirée sur une longueur d'un centimètre : suture immédiate de la plaie intestinale par un double surjet. Hystérectomie supra-vaginale par le procédé américain, en terminant par la libération de bas en haut des annexes gauches ; les poches tubaires sont enlevées intactes : extirpation secondaire du col utérin pour placer un drain vaginal. Péritonisation par suture du côlon à la vessie. L'appendice, qui adhérerait par son sommet à la trompe droite et est légèrement enflammé, est enlevé.

En examinant l'intestin grêle avant de refermer le ventre, on constate qu'il est parsemé de granulations miliaires grisâtres, manifestement tuberculeuses. Fermeture de la paroi avec un petit drain sous-cutané.

Les suites opératoires ont été difficiles et par moment fort inquiétantes. Après avoir présenté, pendant les premiers jours, des vomissements et une céphalée si intense et si persistante, que l'on fut amené à faire une ponction lombaire le troisième jour, la malade eut une désunion complète de la paroi.

Un peu plus tard, après une forte élévation de température, une fistule stercorale s'établit dans le vagin ; cette fistule faisait vraisemblablement communiquer vagin et rectum, car les lavements ressortaient immédiatement par le vagin.

Pendant tous les mois de mars et d'avril, la suppuration des plaies abdominale et vaginale persiste très abondante et s'accompagne de fièvre à grandes oscillations, avec des ascensions vespérales à 39°5 et des frissons. En mai, la malade est soumise quotidiennement à des séances d'héliothérapie et passe la plus grande partie de ses journées dehors ; sous cette influence, l'état général s'améliore rapidement, la fièvre diminue et la cicatrisation de la plaie abdominale progresse ; la fistule stercorale finit par se tarir et, le 14 août 1913, la malade quitte enfin l'hôpital en bon état.

Elle a été revue en janvier 1920 : Etat général parfait, qui lui permet de travailler comme infirmière à l'Assistance publique : ventre souple et normal ; culs-de-sacs vaginaux indolents et libres.

Examen des pièces. — Utérus petit, avec un peu d'endométrite paraissant banale. Trompe droite allongée, à parois très épaisses, renfermant dans son segment externe des masses caséeuses, mais pas de collection véritable. Trompe gauche de même aspect, avec dans la portion ampullaire un abcès contenant un verre de pus verdâtre.

OBSERVATION V

Marguerite J.... dix-huit ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 28 octobre 1919, pour appendicite.

Réglée à douze ans et demi ; puis, au bout de huit mois, période d'aménorrhée complète qui dure trois ans ; depuis cette époque, menstruation toujours irrégulière, mais non douloureuse.

En 1918, douleurs abdominales qui obligent la malade à garder le lit pendant plusieurs mois, leucorrhée ; pas de vomissements, ni de diarrhée.

Au début d'octobre 1919, au moment des règles, la malade est prise d'une douleur subite, accompagnée de vomissement et de diarrhée, de fièvre. A l'entrée, la douleur a beaucoup diminué et la température est redevenue normale.

Quelques jours plus tard, quand la malade se lève, on remarque qu'elle boite ; elle se plaint d'ailleurs de gêne et de douleurs sourdes à la marche, mais l'exploration clinique et la radiographie montrent l'intégrité parfaite de l'articulation et permettent d'écarter le diagnostic de coxalgie.

Par ailleurs, la palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse et le toucher vaginal révèle une masse diffuse dans le cul-de-sac latéral droit.

Opération le 19 novembre 1919 (Lenormant) : On découvre d'abord la région ilio-cœscale par l'incision de Mac-Burney ; l'intestin est très congestionné. L'appendice, long et grêle, remontant verticalement derrière le cœcum, est perdu dans des adhérences et ne peut être libéré que par décollement sous-séreux. Appendicectomie ; mèche en arrière du cœcum, en raison d'un suintement hémorragique assez abondant. On examine ensuite le bassin et l'on y trouve

une grosse tumeur inflammatoire qu'il semble impossible d'aborder par l'incision latérale.

Celle-ci est donc refermée et l'on ouvre le ventre sur la ligne médiane. On trouve une grosse salpingite droite, adhérente partout, remplissant le bassin et refoulant l'utérus; celui-ci, ainsi que les annexes gauches, sont normaux. Libération pénible de la poche salpingienne, qui se rompt et donne issue à du sang. Salpingectomie droite. Incision du fond du cul-de-sac de Douglas pour placer un drain vaginal. Fermeture de l'incision abdominale sans drainage.

Suites opératoires. — Le quatrième jour, infection des lignes de sutures que l'on est obligé de désunir; fistule stercorale à la partie inférieure de l'incision médiane. Dakin: désinfection rapide des plaies qui se comblent bientôt; la fistule stercorale se tarit au bout de deux ou trois jours.

La malade sort le 3 janvier 1920. Elle a été revue en mai 1920, en très bon état, engraisée, ne souffrant plus pendant la marche et ne boitant plus; les culs-de-sacs sont souples et indolents, les règles normales.

Examen des pièces. — La masse annexielle enlevée est tellement remaniée qu'il est impossible d'y reconnaître la trompe; il n'y a pas, en tout cas, de pyosalpinx, mais seulement de la salpingite parenchymateuse avec de petits abcès disséminés. On prélève des fragments de la paroi de ces abcès et aussi des fragments de tissu lardacé. On ne voit nulle part de tubercule reconnaissable à l'examen macroscopique, mais l'étude histologique des fragments prélevés confirme le diagnostic de salpingite tuberculeuse.

OBSERVATION VI

Lucie D..., vingt et un ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 27 juillet 1919, pour salpingite.

Rien à signaler dans les antécédents, si ce n'est, pendant l'enfance, d'assez fréquentes douleurs abdominales, accompagnées parfois de vomissements et de diarrhée. Réglée à quinze ans, pendant trois mois; puis, aménorrhée qui dure huit mois; depuis lors, la malade a eu, à plusieurs reprises, des périodes d'aménorrhée. Ni grossesse, ni fausse couche.

Les accidents ont débuté au moment des règles, dans la nuit du 16 juillet, par une crise de douleurs abdominales avec vomissements ; les jours suivants, les douleurs persistent et la température monte à 39° ; un médecin, qui voit la malade, fait le diagnostic d'appendicite.

A l'entrée à l'hôpital, quelques jours plus tard, cette crise a cessé : le ventre est souple, légèrement douloureux dans la fosse iliaque droite, la température est normale. Mais le 1^{er} août, la fièvre se rallume et, sans qu'il y ait grande modification locale, on constate des ascensions vespérales à 39°.

Le 17 août, la malade recommence à souffrir, surtout à gauche ; la fièvre atteint 40 et 41° et s'accompagne de frissons. A ce moment, les signes physiques se modifient : une tuméfaction apparaît dans le cul-de-sac postérieur, puis très rapidement se ramollit, avec tous les caractères d'une collection liquide ; l'utérus refoulé est bloqué contre le symphyse.

Première opération, le 1^{er} septembre 1919 (Bréchet) : Colpotomie. L'incision du cul-de-sac postérieur donne issue à un demi-litre de liquide séreux ; puis le doigt, qui explore la poche, fait sourdre une petite quantité (quelques centimètres cubes) de pus blanchâtre, d'odeur intestinale. Drainage.

Cette intervention amène une chute momentanée de la température. Mais bientôt la fièvre reparait et elle persiste toujours avec les mêmes oscillations entre 37 et 39, voire même 40°, jusqu'au mois de décembre. Néanmoins l'état général reste bon, l'appétit est conservé, le facies coloré et floride. Localement la suppuration par incision vaginale persiste.

D'abondance modérée, mais sans tendance à se tarir, l'utérus est toujours fixé par une gangue inflammatoire.

Deuxième opération, le 21 décembre 1919 (Lenormant) : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les anses intestinales libres, présentent à leur surface des points blanchâtres ressemblant à des granulations tuberculeuses. Utérus et annexes sont masqués par des adhérences du côlon à la vessie, qu'il faut détacher aux ciseaux ; on ouvre alors une collection séreuse intra-péritonéale assez volumineuse et l'on aperçoit le fond de l'utérus flanqué de deux masses annexielles qui plongent dans le Douglas et adhèrent

de toutes parts. On libère, non sans peine, les faces antérieure et postérieure de l'utérus, ce qui permet de pratiquer une hystérectomie totale par le procédé de Terrier, sans toucher aux annexes. Celles-ci sont ensuite décollées de bas en haut successivement à droite, puis à gauche ; l'ablation de la trompe gauche s'accompagne d'une petite déchirure de l'organe et de l'issue d'un peu de pus épais. Drainage vaginal. Péritonisation par suture du côlon à la vessie. Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires satisfaisantes, malgré une suppuration de paroi qui se tarit assez rapidement. Il y aurait eu, pendant quelques jours, passage de gaz dans le vagin ! mais cette fistule n'a jamais laissé passer de matières et elle s'est fermée spontanément.

La malade sort le 27 janvier 1920. Elle a été revue en très bon état, engraisée et ne souffrant plus, en avril 1920.

Examen des pièces. — Les annexes des deux côtés sont transformées en masses fibro-caséuses méconnaissables ; il est impossible d'y distinguer les trompes ; la place de l'ovaire semble être marquée par des abcès oréolaires qui ont la taille de grands corps jaunes. Des fragments multiples sont prélevés pour l'examen histologique : ils appartiennent, pour la plupart, à l'ovaire ; lésions tuberculeuses évidentes.

OBSERVATION VII

Laly P., vingt-six ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 27 février 1920, pour salpingite.

Réglée à seize ans, d'une manière normale, sans douleurs. Depuis longtemps, leucorrhée abondante. Pas de grossesse. Anémie et amaigrissement depuis quelque temps.

Début brusque le 26 février, trois jours avant la date des règles, par des douleurs abdominales violentes, avec vomissements.

À l'entrée, utérus de dimensions normales, dévié vers la gauche et plaqué contre la paroi pelvienne latérale par une masse annexielle droite volumineuse, assez mal délimitée, douloureuse.

Le 11 mars, les douleurs s'exagèrent au point de s'accompagner de syncope et la température monte à 40°2. Malgré le repos et la

glace, peu d'amélioration. La masse annexielle droite augmente de volume, mais ne bombe pas du côté du vagin; il n'y a ni réaction péritonéale nette, ni collection dans le cul-de-sac postérieur. L'état général est médiocre : l'amaigrissement s'accroît et la température monte progressivement; facies terreux; poussée généralisée d'urticaire.

En raison de cette évolution anormale, on pense à une salpingite tuberculeuse et, malgré la persistance de la fièvre, on se décide à intervenir.

Opération, le 3 avril 1920. (Moure) : Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve le bassin masqué par un diaphragme incomplet d'adhérences épiploïques et intestinales. Ces adhérences libérées, on reconnaît l'utérus et les annexes. Hémisection médiane de l'utérus : on enlève successivement chaque moitié de l'organe avec les annexes correspondantes; à gauche la trompe grosse et boudinée coiffe le fond de l'utérus; à droite on trouve, à côté de la trompe, une collection séreuse et des abcès à pus fétide; le kyste séreux, très adhérent, est ouvert au cours de la décortication. On fend le col utérin en arrière pour placer un drainage vaginal. Péritonisation par suture du côlon à la vessie. Le côlon ascendant présente des granulations grises translucides, très fines; l'appendice est normal. Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires. — On constate au bout de quelques jours, un abcès de la paroi et une fistule stercorale vaginale; celle-ci se ferme spontanément dans la suite. En mai, la cicatrisation est presque achevée, l'état général est très amélioré. La malade sort le 4 septembre.

Examen des pièces. — Utérus normal. La trompe gauche est épaisse, avec une muqueuse recouverte de villosités; il n'y a pas de pus dans sa lumière, mais un petit abcès s'est développé entre son pavillon et la paroi pelvienne. L'ovaire gauche renferme des collections suppurées multiples. La trompe droite présente également des lésions de salpingite parenchymateuse et villeuse. Le kyste ovarien droit présente les caractères macroscopiques d'un kyste folliculaire à loges multiples; à côté de lui, il y a de petits abcès.

En aucun point des organes génitaux, on ne voit de tubercules

reconnaissables ; mais l'examen histologique de fragments prélevés sur les deux trompes, les deux ovaires et l'épiploon, montre des lésions tuberculeuses évidentes et accentuées.

OBSERVATION VIII

Blanche F..., dix-neuf ans, entrée le 8 février 1920, à l'hôpital Saint-Louis, pour appendicite.

Réglée à treize ans, elle a eu, à l'âge de quinze ans, une période d'aménorrhée complète qui a duré dix mois, coïncidant avec de la faiblesse, de l'amaigrissement et, paraît-il, un peu d'ascite. Son état s'est amélioré ensuite et les règles ont reparu, normales.

En janvier 1920, quelques douleurs dans le côté droit du ventre, au moment des règles. En février, nouvelle crise douloureuse, plus violente, toujours à l'occasion des règles, mais qui s'accompagne de vomissements et de diarrhée et oblige la malade à s'aliter.

A l'entrée, état général bon ; température oscillant entre 37 et 38°. Ventre un peu gros, flasque, rappelant l'aspect d'un ventre ascitique. Pas de zone franchement mate, mais submatité dans le flanc droit. Au palper, on sent une masse résistante, indolente, allongée au-dessus de l'arcade crurale et parallèlement à elle ; le toucher rectal combiné au palper permet de mieux délimiter cette masse et de la rapporter aux annexes droites. Quelques frottements au sommet droit. On fait le diagnostic de salpingite, probablement tuberculeuse.

Opération, le 14 février 1920 (Lenormant). Laparatomie médiane sous-ombilicale. Le ventre ouvert, on rencontre d'abord des adhérences épiploïques qui sont libérées, puis, derrière l'épiploon les anses grêles et le colon qui constituent une sorte de diaphragme, masquant complètement les organes pelviens. Libération pénible de ces adhérences : il faut recourir aux ciseaux et l'intestin est éraillé en plusieurs points, mais non ouvert. Cette libération achevée, on reconnaît un utérus petit, infantile, flanqué de deux grosses trompes qui sont tombées dans le Douglas. La libération des annexes est facile à gauche, très pénible à droite, où l'on ouvre de petits abcès développés, non dans la trompe elle-même, mais à son voisinage, au milieu des adhérences ; pas de tubercules

reconnaissables. Hystérectomie supra-vaginale et ablation secondaire du col utérin. Drainage vaginal. Péritonisation difficile, en raison de la friabilité des tissus ; on la complète en abaissant l'épiploon et le fixant au dôme vésical. Suture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires régulières. — La malade sort en bon état, le 10 mars 1920.

Examen des pièces. — Utérus infantile de 6 centimètres sur 3,5, à fond rectiligne ; col plus long que le corps. Trompes flexueuses ; toutes deux plongeaient dans le Douglas et étaient accolées par leur extrémité libre. La trompe droite étalée mesure 10 cm. 5 ; sa surface interne est vilieuse au niveau du pavillon et de l'ampoule, normale au niveau de l'isthme ; vers son milieu débouche un diverticule qui communique avec un abcès probablement ovarien. L'ovaire droit, peu distinct, est englobé dans une masse plastique qui le réunit à la trompe. La trompe gauche, très pelotonnée, mesure, une fois déroulée, 13 cm 5 ; les villosités y sont moins abondantes qu'à droite. L'ovaire gauche, bien reconnaissable, est polykystique ; nulle part, ni sur la séreuse, ni sur la muqueuse, on ne trouve de granulations.

L'examen histologique de fragments multiples prélevés en divers points des organes, montre la nature tuberculeuse évidente des lésions.

II. Péritonite tuberculeuse ascitique avec tuberculose annexielle. — C'est une forme d'annexite tuberculeuse relativement rare ; les signes de l'épanchement caractéristique de l'ascite y sont évidents. Le seul point litigieux est de déterminer l'origine et la localisation première du processus tuberculeux.

Chez la femme, surtout chez la femme jeune, on pensera toujours à la tuberculose génitale, car elle est certainement l'une des causes les plus habituelles, sinon la plus habituelle de la tuberculisation du péritoine. On ne pourra l'affirmer que si le toucher vaginal — ou rectal chez la vierge — révèle

l'existence sur les côtés de l'utérus de masses annexielles perceptibles et sensibles ; ce symptôme n'est pas constant ; il manque lorsque les lésions se réduisent à une granulie de la trompe et n'existe que s'il y a déjà un certain degré de salpingite tuberculeuse ; mais lorsqu'on peut le constater, il permet d'affirmer le diagnostic.

Etude anatomo-clinique. — Les lésions sont celles d'une péritonite tuberculeuse banale, mais elles prédominent dans le bassin. L'épanchement, d'abondance variable, mais ordinairement considérable (plusieurs litres), est citrin ou quelquefois sanguinolent. Les granulations miliaires sont tantôt discrètes, tantôt très nombreuses, confluentes par endroits : on en voit sur le péritoine pariétal, sur l'épiploon et les anses intestinales, mais elles sont toujours prédominantes dans la zone génitale, sur les trompes, les ligaments larges, le fond de l'utérus, où elles s'étalent souvent en couche presque continue. Quelquefois on note la présence de fausses membranes agglutinant les viscères entre eux. Les trompes elles-mêmes sont manifestement altérées : elles sont allongées et flexueuses, grosses comme le doigt ; la pression en fait sourdre quelques gouttes de pus ou de liquide blanchâtre et grumeleux ; leur muqueuse est épaissie, tomenteuse, congestionnée, quelquefois ulcérée, presque toujours parsemée de granulations miliaires plus ou moins faciles à mettre en évidence au milieu des plis hypertrophiés. L'origine génitale de cette ascite et de cette péritonite tuberculeuse est démontrée par la prédominance des lésions pelviennes, et plus encore par l'évolution post-opératoire de la maladie : se contente-t-on d'évacuer l'ascite par simple laparotomie, la récurrence survient fatalement, à plus ou moins brève échéance ; l'on n'obtient une guérison durable qu'après l'ablation des annexes.

Les observations déjà anciennes de Nélaton, de Richelot, de Championnière, celles plus récentes de Jordan, de Mayo, d'Arron, ont mis le fait en évidence. Dans un cas typique de cette variété anatomique, les annexes constituaient des masses assez volumineuses pour être senties par le toucher vaginal et cette constatation, jointe à l'existence de l'ascite, nous permet de faire le diagnostic.

OBSERVATION IX

Berthe D..., trente ans, entre à l'hôpital Tenon, le 19 mai 1914, pour ascite accompagnée de troubles digestifs.

Réglée à dix ans et demi, toujours normalement. Un enfant — qui est mort de méningite tuberculeuse à l'âge de cinq ans — et deux fausses couches. La malade tousse, depuis deux ans, d'une petite toux sèche, mais n'a pas maigri. Alternatives de constipation et de diarrhée, qui se sont aggravées depuis quelques semaines, en même temps que le ventre grossissait. A l'examen, ascite libre : ventre distendu avec déplissement de la cicatrice ombilicale, sensation de flot, matité mobile dans les flancs. Au toucher, on perçoit, à gauche, une masse annexielle, assez difficile à délimiter à cause de l'ascite.

Le diagnostic de péritonite tuberculeuse est évident ; le point de départ annexiel paraît très vraisemblable.

Opération le 26 mai 1914 (Lenormant) : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du ventre, il s'écoule une grande quantité de liquide citrin. La séreuse, aussi bien dans son feuillet pariétal que sur l'intestin et l'épiploon, est parsemée de granulations tuberculeuses. L'ascite est libre, sans cloisonnement, sans fausses membranes.

Les lésions péritonéales sont à leur maximum dans le bassin, où les granulations forment une couche continue tapissant la vessie, l'utérus et les annexes.

A droite et à gauche, tumeurs annexielles, développées surtout aux dépens des trompes et fixées par des adhérences dans le fond

du bassin ; celle de gauche a le volume du poing, celle de droite est un peu moins grosse. Hystérectomie supravaginale.

Appendicectomie : la moitié distale de l'appendice présente des lésions localisées à la séreuse. Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites normales, malgré l'élimination d'un catgut. La malade sort le 23 juin, dans un état satisfaisant.

Lorsque cette péritonite ascitique à point de départ annexiel survient chez une femme dont le canal de Nüeck persiste sans oblitération, le liquide, s'accumulant aux points déclives, vient distendre ce diverticule péritonéal et la première manifestation de la maladie est quelquefois l'apparition d'une fausse hernie inguinale, réductible, d'une « inguinocèle communicante tuberculeuse » pour employer l'expression de Chaliier et Dunet, qui en ont publié un cas. L'une de nos observations rentre dans ce groupe de faits, mais le sac inguinal s'était exclu de la grande séreuse et ne communiquait plus avec elle ; la malade fut opérée successivement, à cinq ans d'intervalle, d'abord du côté droit, puis du côté gauche, car le kyste sacculaire était bilatéral ; à la seconde intervention, on enleva les annexes gauches ; la malade reste complètement guérie depuis sept ans.

OBSERVATION X

Marguerite G..., seize ans. Entrée le 27 août 1908, à l'hôpital Saint-Louis, pour une hernie inguinale droite, du volume d'un petit œuf. Malade petite et maigre, mais bien portante. Mère et une sœur mortes de tuberculose.

Première opération le 28 août 1908 (Lenormant) : Ouverture du canal inguinal ; on dissèque un sac à paroi épaisse, non adhérent ; ce sac incisé apparaît vide, revêtu d'un tissu rougeâtre et tomenteux ; il ne communique pas avec le péritoine ; en poursuivant la dissection jusqu'à l'orifice inguinal profond, on arrive sur l'infundibulum péritonéal que l'on incise : il s'écoule une grande quantité de liquide ascitique et la séreuse apparaît criblée de granulations. Il s'agit donc d'une péritonite tuberculeuse et très probablement d'une ancienne tuberculose herniaire guérie. Résection du sac ;

on agrandit ensuite l'incision abdominale de façon à évacuer complètement l'ascite. Suture complète sans drainage.

Suites opératoires simples. — La malade quitte l'hôpital le 21 septembre. Elle revient cinq ans plus tard, en mai 1913, avec une petite tumeur indolente dans la région inguinale gauche, ayant tous les caractères d'une hernie. Entre temps, sa santé est restée bonne et elle s'est mariée.

Deuxième opération, le 14 novembre 1913 (Lenormant) : Dissection du sac qui est mince et laisse voir par transparence son contenu liquide ; à l'ouverture de ce sac, issue d'une quantité modérée de liquide séreux ; la face interne du sac est lisse, sans granulations ; sa cavité ne paraît pas communiquer avec le péritoine. On agrandit l'incision pour achever l'extirpation du sac, mais ce faisant, on ouvre le péritoine et il vient du liquide ascitique en abondance. Le doigt introduit dans le ventre ramène la trompe gauche qui est augmentée de volume, indurée et tapissée de granulations tuberculeuses ; il en est de même du fond de l'utérus ; l'incision ne permet pas d'explorer les annexes droites. Ablation de l'ovaire et de la trompe gauches. Fermeture du ventre sans drainage.

Suites régulières : la malade sort le 2 décembre 1913. Elle a été revue en février 1920 ; état général excellent ; ventre souple et plat ; règles normales, non douloureuses ; pas de grossesse, bien qu'elle soit mariée depuis sept ans ; au toucher, utérus petit, infantile, avec col conique ; les annexes droites ne sont pas senties.

III. Abscess froid tubaire. — L'abcès froid tubaire est certainement de toutes les variétés anatomiques de tuberculoses annexielles, celle dont les signes sont les plus caractéristiques et qui est ou devrait être diagnostiquée le plus facilement. Les symptômes fonctionnels en sont peu accentués : ce sont tantôt des signes atténués de salpingite, tantôt des troubles de compression assez vagues dus à une tumeur déjà grosse, mais dont le développement a été insidieux. Quant aux signes physiques, ce sont ceux d'un kyste de l'ovaire bien plutôt que d'une

annexite : tumeur souvent considérable, régulièrement arrondie, pénitente, peu sensible à la pression, à évolution abdominale plutôt que pelvienne, très mobile. Si l'on constate la coexistence de deux tumeurs semblables, à peu près symétriques, on a de grandes chances d'être en présence d'abcès froids tubaires. D'autres fois, la tumeur kystique reste intra-pelvienne, et elle est alors fixée par enclavement ou par inclusion.

Il est, en outre, un caractère commun à beaucoup de tuberculose annexielles, quel qu'en soit le type anatomique, et auquel nous attribuons une importance diagnostique sérieuse : ce sont les troubles menstruels et la stérilité qui traduisent un état d'hypoplasie et d'insuffisance fonctionnelle de tout l'appareil génital. Ils semblent très fréquents. Les malades ont été réglées tardivement : très souvent, après l'établissement des premières règles, elles ont eu des périodes d'aménorrhée prolongées pendant des mois et parfois même des années ; les règles sont quelquefois douloureuses, mais le fait n'est pas constant. Les métrorragies, signalées par quelques auteurs comme un signe de tuberculose génitale, sont en réalité exceptionnelles.

Même alors qu'elles ont eu depuis longtemps des rapports sexuels, ces malades demeurent pour la plupart stériles. L'examen direct montre une persistance du type infantile de l'utérus : utérus petit, à fond rectiligne, à col long et pointu — et l'examen des pièces opératoires confirme cette hypoplasie génitale, cet infantilisme utérin.

Ces divers symptômes étaient très nets dans la plupart de nos observations : deux de nos malades n'avaient été réglées qu'à seize ans ; trois avaient présenté de longues périodes d'aménorrhée ; dans aucun cas il n'est signalé de métrorragies. La proportion des femmes stériles, de 70 p. 100, selon

Ch. Lenormant et P. Moulonguet, est beaucoup plus élevée que dans la statistique d'Hartmann, Bergent et Remilly, qui n'ont noté la stérilité que chez 43 p. 100 de leurs opérées. L'hypoplasie utérine a été constatée anatomiquement dans cinq cas. Nous nous croyons donc autorisés à dire que les troubles menstruels, et surtout l'aménorrhée, la stérilité et l'infantilisme utérin, sont des arguments qui, dans un cas d'annexite douteuse, orienteront vers le diagnostic tuberculeux. La leucorrhée est fréquente chez les femmes atteintes de tuberculose annexielle, mais c'est là un symptôme trop banal pour qu'il faille y attacher une importance quelconque.

Etude anatomo-clinique. — L'abcès froid tubaire, cette forme très spéciale et caractéristique de la tuberculose annexielle, a été individualisée par Albertini ; mais il en avait été publié déjà un certain nombre d'observations. Sous son aspect typique, elle se présente comme une transformation kystique des deux trompes, dont le volume est souvent énorme, puisque les collections de 500 grammes et un litre ne sont pas exceptionnelles et qu'on en a vu de deux litres (Sterman) et même de quatre litres (Jeannel). La poche en forme de poire, d'aubergine ou de cornemuse, a une paroi lisse, blanchâtre ou grisâtre, comme celle des vieux kystes de l'ovaire. Fait important, elle est toujours libre d'adhérences ou celles-ci se limitent à quelques filaments fibreux lâches qui relient le kyste aux organes voisins ; jamais la tumeur n'est fixée, jamais elle n'est entourée des adhérences épaisses et charnues de la pelvi-péritonite tuberculeuse. La face interne de la poche est lisse également. Son contenu est un peu grumeleux, mal lié, tout à fait semblable à celui des abcès par congestion — plus rarement une sorte de mastic demi-solide ressemblant au contenu des

kystes dermoïdes, comme dans un cas de Jayle — ou un liquide huileux, jaunâtre, comme dans celui de Violet.

Il faut ajouter que tous les abcès froids tubaires n'ont pas ces caractères typiques et qu'entre les grandes collections mobiles décrites par Albertini et le pyosalpinx tuberculeux banal, il y a bien des formes de passage.

La bilatéralité a été donnée par Albertini comme un des caractères de l'abcès froid. Cette règle comporte des exceptions. Picqué, Abadie, ont cité des faits d'abcès froid unilatéral avec intégrité de la trompe opposée. Patel a rapporté à la Société de Chirurgie de Lyon l'intéressante observation d'une jeune fille qu'il avait opérée pour un abcès froid unilatéral : l'autre trompe, soigneusement examinée au cours de la laparotomie, était saine ; mais, quatre mois plus tard, il fallut réintervenir et l'on trouva un abcès froid de la deuxième trompe.

Plus souvent, on rencontre l'association d'un abcès froid tubaire d'un côté, et d'une salpingite parenchymateuse ou d'un pyosalpinx tuberculeux banal et adhérent de l'autre : il en était ainsi dans les cas de G. Rouville et de Jamin et Violet et dans la plupart de nos observations.

OBSERVATION XI

Femme de vingt-cinq ans, entrée en janvier 1909, à l'Hôtel-Dieu, pour salpingite. Aucun antécédent génital (ni accouchement, ni fausse couche). Signes de grosse salpingite bilatérale. Opération, le 20 janvier 1909 (Lenormant) : Derrière l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas, on trouve deux gros pyosalpinx symétriques, ayant la forme et les dimensions d'une grosse poire, fixés seulement par quelques adhérences ; granulations tuberculeuses, assez discrètes, disséminées sur le péritoine vésical et utérin et sur les ovaires.

Hystérectomie totale. Sort guérie le 21 février 1909. Un cobaye,

inoculé avec le pus de la trompe gauche et sacrifié au bout de trois semaines, présenta une tuberculose généralisée.

OBSERVATION XII

Marie L..., vingt-six ans, entrée à l'hôpital Tenon, le 16 juin 1913, pour salpingite droite.

Réglée à onze ans, elle a toujours souffert pendant la période prémenstruelle ; depuis quelque temps, pertes blanches, abondantes tachant le linge.

A l'examen, utérus de volume normal, refoulé à gauche par une tumeur mobile et arrondie, grosse comme une tête d'enfant, qui remplit la partie droite du bassin et, en haut, remonte jusqu'à mi-chemin de l'ombilic et du pubis.

Operation le 21 juin 1913 (Lenormant) : Laparatomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur une tumeur d'apparence kystique, grosse comme une tête d'enfant, développée aux dépens des annexes droites ; on la ponctionne et on retire du pus. L'utérus est refoulé en avant ; la trompe gauche est manifestement enflammée, enveloppée d'adhérences, mais sans collection. On dégage successivement les annexes gauches, puis droites ; à ce moment issue d'une petite quantité de pus. Hystérectomie supravaginale, suivie d'extirpation secondaire du col utérin. Drainage vaginal. Péritonisation par suture du côlon à la vessie. Appendicectomie (appendice normal). L'épiploon est parsemé de nodules blanchâtres, du volume d'un pois, durs, à contenus caséux.

Suites opératoires : Suppuration pariétale qui oblige à désunir en partie la suture ; la collection est, en partie, intra-abdominale et l'on peut passer un drain en anse, de la plaie pariétale au vagin. Au moment où la malade quitte le service (17 août), la plaie abdominale est cicatrisée, mais il persiste une fistule vaginale qui suppure assez abondamment, et le cul-de-sac droit reste empâté ; l'état général est bon.

Revue le 1^{er} mars 1914, en parfait état, ayant engraisé de quatorze kilos ; les culs-de-sac sont souples. Petite éventration au niveau de la cicatrice.

Examen des pièces. — La trompe droite, très augmentée de volume, est parsemée de nodules caséifiés, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois. L'ovaire droit, gros comme un œuf de poule, est transformé en une véritable caverne, à loges multiples remplies de matière caséuse jaunâtre. Les annexes gauches sont peu altérées, de volume normal, mais la trompe présente, au niveau de son infundibulum, trois petits tubercules crus.

L'utérus est petit, sans lésion apparente.

OBSERVATION XIII

Céline D..., vingt-deux ans, entrée le 20 avril 1920, à l'hôpital Saint-Louis, pour salpingite.

Signes physiques et fonctionnels de salpingite banale. Grosse masse annexielle à droite.

Opération le 13 mai 1920 (Moure) : Laparotomie transversale suspulvienne avec écartement des muscles droits sur la ligne médiane. Utérus de volume moyen, avec granulations miliaires sur la séreuse de sa face antérieure. Trompe gauche enflammée, épaissie, sans collection, fixée par des adhérences. A droite grosse tumeur salpingienne, lisse, piriforme, contournée, renfermant du pus avec très peu d'adhérences. Hystérectomie supra-vaginale par le procédé américain, de droite à gauche. Résection de l'épiploon adhérent à la trompe gauche. Appendice sain. Pas de granulations sur le péritoine pariétal ou intestinal. Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires régulières. La plaie réunit par première intention. La malade sort guérie le 31 mai.

OBSERVATION XIV

Juliette V..., vingt ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 2 novembre 1920, pour crises douloureuses abdominales.

Réglée à douze ans, d'une façon normale ; règles assez abondantes ; pas de dysménorrhée. Ni enfant, ni fausse couche.

Les accidents ont débuté le 8 juillet 1920 par des douleurs, à accroissement progressif, localisées au flanc et à l'hypocondre droits, avec irradiations dans les cuisses. La crise s'est accompagnée d'un vomissement et d'un peu de diarrhée. Après trois jours de repos, tout rentre dans l'ordre et la malade peut reprendre son travail. Mais, depuis cette première crise, les règles ont toujours été précédées de douleurs à droite et, de temps à autre, la malade souffre obscurément dans la fosse iliaque droite.

Le 25 octobre, nouvelle crise coïncidant avec le début des règles : douleurs assez vives pour arracher des cris à la malade, vomissement. Cette crise dure trois jours, puis s'atténue et cesse.

A l'examen, très facile, car le ventre est plat, souple et dépressible, on sent une tumeur arrondie, bosselée, lisse, du volume d'une grosse orange ; cette tumeur occupe la région abdomino-pelvienne droite ; elle coiffe un uterus petit et d'aspect normal, dont elle est nettement indépendante ; elle est très mobile et se laisse facilement amener sur la ligne médiane ; en position déclive, elle ne se déplace pas et reste en connexion avec les organes pelviens.

Diagnostic : kyste, probablement dermoïde, de l'ovaire droit. Mais on fait quelques réserves sur la possibilité d'un hydro-salpinx ou d'un pyo-salpinx tuberculeux.

Opération le 5 novembre 1920 (Lenormant) : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Aucune adhérence de l'épiploon ou de l'intestin. On tombe immédiatement sur une grosse poche salpingienne, kystique, contournée, ayant l'aspect et le volume d'une belle aubergine ; cette tumeur formée par la trompe droite, est complètement mobile et libre de toute adhérence. La trompe gauche, également kystique, mais bien moins volumineuse, est fixée par quelques adhérences à la paroi latérale du bassin. L'utérus, petit, est plaqué contre le fond de l'excavation. Les annexes, les ligaments larges et le péritoine du fond utérin sont parsemés d'assez nombreuses granulations. On commence par se débarrasser de la trompe droite, en liant et sectionnant son pédicule ; puis on fait une hystérectomie supravaginale avec ablation des annexes gauches ; l'ovaire droit est conservé. Fermeture du moignon cervical ; péritonisation. Fermeture de la paroi abdomi-

nale sans drainage. Suites opératoires excellentes. Réunion de la plaie par première intention. La malade sort guérie le 26 novembre.

Examen des pièces. — Utérus petit, infantile. Annexes de volume normal, mais enflammées, à gauche ; à droite, pyosalpinx allongé, à surface lisse, contourné et renflé dans son segment ampullaire. On voit très nettement sur la trompe gauche, et en les cherchant sur la trompe droite, des granulations miliaires tuberculeuses. Deux fragments de la paroi du pyo-salpinx ont été soumis à l'examen histologique : l'un ne présente que des altérations d'inflammation chronique banale, sans aucun caractère spécifique ; mais sur l'autre, on remarque en un point une disposition nodulaire et une dégénérescence du tissu qui constitue l'ébauche d'un follicule tuberculeux, et ailleurs une cellule géante autour de laquelle les cellules conjonctives se sont soudées en plasmode avec dégénérescence, grasseuse de leur protoplasma. Cet aspect paraît suffisant pour affirmer la nature tuberculeuse des lésions (Lecène). Un cobaye a été inoculé avec cinq centimètres cubes du pus salpingien, prélevé aseptiquement, sacrifié cinquante jours plus tard, il présentait des ganglions caséeux, des tubercules dans le foie et la rate et un aspect au point d'inoculation.

Nous signalons particulièrement à l'attention de cette dernière observation : chez cette malade l'on s'est trouvé en présence d'une disposition qui doit être très rare et dont nous ne connaissons pas d'autre exemple publié : l'incision dans le ligament large de l'abcès froid tubaire.

OBSERVATION XV

M^{me} F..., trente-deux ans, entrée à l'Hôpital Saint-Louis, le 14 février 1920, pour salpingite.

Réglée à treize ans, deux enfants il y a sept et cinq ans. Pas de dysménorrhée. Pertes blanches depuis quelques mois.

La maladie a débuté brusquement, en avril 1919, par une douleur dans la fosse iliaque gauche, avec fièvre, anorexie et troubles intestinaux, qui ont fait porter le diagnostic d'entérite. Mais, au bout de quatre semaines, la malade a évacué spontanément une certaine

quantité de pus par l'anus. Un examen gynécologique, pratiqué à cette époque à la Charité, est resté négatif.

La santé est restée bonne depuis ce moment jusqu'en novembre. Puis, sans grandes douleurs, sont apparus des accès fébriles, précédés de frissons, qui se répètent assez régulièrement tous les quinze jours.

À l'entrée, on constate l'existence d'une tumeur abdomino-pelvienne du volume d'une tête de fœtus, douloureuse, remplissant la fosse iliaque et remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur est fixe : elle bombe dans le cul-de-sac vaginal gauche et refoule à droite l'utérus ; le cul-de-sac droit est sensible à la pression, mais on n'y sent pas de tumeur.

Opération, le 21 février 1920 (Lenormant) : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Après libération de quelques adhérences épiploïques, on aperçoit une grosse tumeur arrondie, fluctuante, qui remplit l'excavation pelvienne : cette tumeur est incluse dans le ligament large gauche. Par la ponction, on en retire du pus verdâtre. Après en avoir réduit le volume, on reconnaît, à côté d'elle, un petit utérus et des annexes droites enflammées, mais sans collection purulente. Libération aux ciseaux et à la compresse d'adhérences de l'intestin à l'utérus et aux annexes. Hystérectomie totale par le procédé américain, en terminant par la décortication de bas en haut de la tumeur annexielle gauche : le ligament large se trouve alors ouvert dans toute sa hauteur, l'utérus gauche est largement dénudé, mais intact ; l'utérine, arrachée à son origine, est pincée et liée. Drain vaginal. Péritonisation par suture du côlon à la vessie. Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires : Le sixième jour, on constate que la malade perd ses urines par le vagin ; l'examen montre une fistule urétéro-vaginale gauche. Suppuration de la plaie abdominale, qui se prolonge pendant plusieurs semaines. Le quinzième jour, après une élévation brusque de la température, hémorragie vaginale que l'on arrête par tamponnement. La convalescence se poursuit ensuite sans autre incident ; mais la fistule urinaire persiste encore quand la malade quitte l'hôpital, le 29 mars, pour passer dans le service de M. Chevassu, où elle a été opérée ultérieurement.

L'examen de la pièce opératoire ne montre, en aucun point, de lésion macroscopique d'aspect tuberculeux ; mais ce volumineux abcès annexiel unilatéral fait penser néanmoins à la tuberculose génitale. L'examen histologique de fragments de la paroi de la poche confirme ce diagnostic ; on y trouve de nombreuses lésions tuberculeuses typiques et, sur l'une des préparations, on peut identifier le bacille de Koch.

IV. Tuberculose de l'ovaire. — Cette variété de tuberculose annexielle est beaucoup moins fréquente que celle qui atteint la trompe. Il semble que le tissu ovarien offre une résistance particulière au bacille de Koch ; Hartman, Bergeret et Remilly établissent une comparaison entre l'envahissement constant de l'épididyme et l'intégrité fréquente du testicule dans la tuberculose génitale de l'homme et l'envahissement constant de la trompe et l'intégrité fréquente de l'ovaire dans la tuberculose génitale de la femme.

De fait, la fréquence des lésions tuberculeuses de l'ovaire est difficile à apprécier avec exactitude. Comme l'a bien montré autrefois Guillemain, l'examen microscopique est indispensable, tant pour le tissu ovarien lui-même, au milieu des magmas lardacés où les divers organes ne sont plus distincts. Souvent, on a cru à l'envahissement de l'ovaire, alors qu'il n'existait que la péri-ovarite.

Merletti relève 27 fois des lésions de l'ovaire sur un total de 172 observations, de tuberculose génitale. Hartman, Bergeret et Remilly comptent 6 cas certains de tuberculose ovarienne sur leurs 28 observations personnelles.

Ch. Lenormant et Moulonguez, sur 15 tuberculoses des annexes, ont constaté 5 fois des lésions de l'ovaire : 3 fois associées à une salpingite tuberculeuse, 2 fois à un abcès froid tubaire. Sur ces 5 cas de tuberculose associée à l'ovaire, un

seul concerne une tuberculose granulique ; dans les 4 autres, il y avait des abcès ou une infiltration caséuse de l'organe.

La tuberculose isolée de l'ovaire avec intégrité des trompes est beaucoup plus rare encore. On en connaît cependant quelques observations certaines, en particulier celles de Rives, Charbonnel et Pierre Nadal, Cohn, Estor, Patel, Bouget et Albertini, etc...

L'observation suivante nous paraît également rentrer dans le cadre de la tuberculose primitive de l'ovaire, encore que l'examen anatomique, fait au cours d'une intervention difficile, ait été forcément incomplet et que ce soit le microscope seul qui ait révélé, et la nature tuberculeuse de la lésion, et son point de départ ovarien.

OBSERVATION XVI

Louise L...., dix-sept ans et demi, entrée d'urgence à l'hôpital Saint-Louis, le 2 mai 1920, pour des accidents abdominaux aigus.

Ces accidents ont débuté brusquement, en pleine santé apparente, huit jours auparavant, sous formes de crises douloureuses intermittentes, qui ont été en augmentant de fréquence et d'intensité. Depuis la veille, la malade vomit et présente un arrêt complet des matières et des gaz. A l'examen, ventre gros et tendu. Malgré le météorisme, on y sent, par la palpation, une masse dure, irrégulière et douloureuse : le toucher montre que cette masse se prolonge dans le bassin et paraît en connexion avec les annexes droites. Pouls rapide. Température : 38°.

On pense à un kyste de l'ovaire en voie de torsion et on décide d'intervenir immédiatement.

Opération le 2 mai 1920 (Soupault). — Laparatomie médiane sous-ombilicale. Aussitôt le ventre ouvert, on tombe sur un paquet d'anses intestinales agglutinées, au milieu desquelles est enfouie une grosse masse kystique. Les anses intestinales sont libérées peu à peu, au bistouri et à la compresse ; la

vessie, également adhérente, est décollée à son tour. On arrive alors à la masse kystique ; elle est formée d'une série de poches agglomérées en grappe, que l'on essaie de libérer, mais qui se déchirent, donnant issue à un liquide clair, citrin, non purulent. Derrière ces poches et très profondément dans le bassin, on sent une tumeur irrégulière et végétante, du volume d'une mandarine ; elle adhère intimement à la paroi antérieure du côlon sigmoïde, et toutes les tentatives pour disséquer et séparer la tumeur de l'intestin restent infructueuses. On se décide donc à réséquer l'intestin avec la tumeur : colectomie segmentaire, puis en raison de la durée de l'opération et de l'état de la malade, on ferme le bout inférieur et on abouche le bout supérieur à la paroi (Mikuliez). — Fermeture partielle de la paroi pariétale en un plan, au fil de bronze.

Suites opératoires, d'abord assez satisfaisantes : l'état général s'améliore, les vomissements cessent, l'anus artificiel fonctionne régulièrement, mais bientôt la plaie, restée béante, devient le siège d'une suppuration abondante, avec fusées à distances ; une fistule urinaire (probablement vésicale) s'établit. La fièvre prend le caractère de fièvre hectique à grandes oscillations. La malade maigrit, s'affaiblit et finit par succomber deux mois et demi après l'opération, le 14 juillet.

Examen des pièces. — La pièce enlevée comprend, avec les fragments de paroi kystique, un gros noyau solide, constitué de tissu lardacé, ayant envahi la paroi colique. L'examen histologique de fragments de cette tumeur montre qu'elle a son point de départ dans l'ovaire — identifié par la présence de nombreux kystes folliculaires et, en certains points, d'un ovule quiescent et d'artérioles hélicines — et qu'il s'agit d'un tuberculome, caractérisé par de vastes plages caséuses, de très nombreuses cellules géantes et des nodules tuberculeux typiques ; l'infiltration tuberculeuse paraît envahir de proche en proche la paroi intestinale.

TRAITEMENT

Le principe de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose annexielle est de règle. C'était déjà la conclusion des rapporteurs — Pozzi, J.-L. Faure, Martin, Veit — au Congrès de Gynécologie de Rome en 1902 ; c'est aussi celle du rapport fait, dix ans plus tard, par Patel au Congrès international de la Tuberculose, et tous les travaux modernes s'accordent sur ce point.

Tout au plus pourrait-on discuter l'indication opératoire dans la forme ascitique, car on sait que la péritonite tuberculeuse ascitique peut guérir par le seul traitement médical. Mais ces guérisons sont loin d'être constantes et elles ne sont pas toujours durables. Toutes les fois que l'on peut affirmer ou seulement soupçonner l'origine générale d'une ascite tuberculeuse, il y a avantage à opérer, car on a de grandes chances de voir, après guérison apparente, la maladie récidiver plus tard sous la forme de salpingite tuberculeuse.

Mais une question se pose dans cette tuberculose ascitique avec granulie miliaire des annexes : faut-il, comme l'ont conseillé Bouilly et après lui Patel, faire systématiquement l'ablation des trompes et des ovaires malades, ou peut-on se contenter de la laparatomie pure et simple et de l'évacuation de l'ascite dont on connaît l'influence curatrice sur la tuberculose péritonéale ? Nous croyons qu'il y a là une question d'espèce dont la solution varie suivant les cas : la formule de Bouilly est certainement excessive et, surtout chez les sujets très jeunes, on s'efforcera d'éviter une castration dont les effets sur le développement général de l'organisme peuvent être très préjudiciables ; mais, d'autre part, lorsque les trompes présentent des

lésions déjà nettes d'infiltration tuberculeuse, on n'hésitera pas à les sacrifier

Dans les autres formes, salpingite tuberculeuse ou abcès froid tubaire, l'exérèse complète des tissus envahis s'impose ; l'opération, pour donner de bons résultats, doit être radicale. C'est dire que l'on rejettera d'une manière absolue la colpotomie qui a été faite dans certains cas de salpingite suppurée, en particulier par les chirurgiens lyonnais.

La salpingectomie unilatérale n'a que de rares indications, car la tuberculose frappe presque toujours à la fois les deux trompes ; même lorsqu'une seule paraît atteinte, son ablation ne met pas à l'abri de la tuberculisation ultérieure de sa congénère et l'on peut voir des récidives de cet ordre (cas de Patel). Par ailleurs, les résultats fonctionnels de ces opérations conservatrices sont moins bons que ceux des opérations plus radicales ; beaucoup de malades continuent à souffrir. Les grossesses ultérieures sont exceptionnelles : Patel et Olivier¹, qui ont recueilli 33 observations conservatrices diverses pour tuberculose annexielle, ne relèvent qu'une seule grossesse, et, dans 14 cas de salpingectomie unilatérale ou de laparotomie simple que renferme leur statistique, on compte 1 mort par aggravation des lésions tuberculeuses, 3 résultats médiocres, 1 cas où il a fallu faire ultérieurement l'hystérectomie. Ce bilan est assez peu brillant ; il y a cependant des cas de lésions bien limitées à un seul côté, où la salpingectomie unilatérale peut donner des guérisons durables.

La castration totale reste donc l'opération nécessaire dans la plupart des cas et, comme avec les trompes, l'utérus est

¹ Patel et Olivier : De la thérapeutique chirurgicale conservatrice dans le traitement de la tuberculose annexielle. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, t. XXI, p. 23, 1913.

toujours suspect, c'est à l'hystérectomie abdominale qu'il faut avoir recours.

La voie basse n'aurait ici que des inconvénients et des dangers. Même avec le jour que donne la voie haute, l'opération est souvent difficile et pénible, en raison de l'étendue des adhérences, au moins dans la salpingite tuberculeuse ; elle est, au contraire, très aisée dans la plupart des abcès froids tubaires. Il faut être prudent vis-à-vis des adhérences intestinales, ménager la paroi souvent cartonnée et infiltrée du côlon pelvien ou du grêle. L'essentiel est de se faire une voie vers le petit bassin en évitant les décollements dangereux, de ne viser qu'à atteindre les lésions génitales.

Pour difficiles qu'elles soient, ces opérations ne paraissent pas sensiblement plus graves que les hystérectomies pour salpingites banales. Olivier¹ a recueilli 116 interventions pour annexites tuberculeuses avec 9 morts, soit une proportion de 7,7 p. 100. Hartmann, Bergeret et Remilly comptent 4 morts sur 28 cas opérés.

Si les résultats de ces opérations pour tuberculose annexielle sont, en somme, satisfaisants, il faut savoir que les suites immédiates en sont fréquemment troublées par divers incidents. Les suppurations pariétales sont souvent observées et retardent parfois singulièrement la guérison ; les fissures pariétales ou vaginales, simplement purulentes ou stercorales, ne sont pas rares ; on a même vu, dans quelques cas, des ulcérations tuberculeuses de la peau se développer au pourtour de ces orifices fistuleux.

Contre ces suppurations prolongées, le traitement général, l'irrigation continue par la méthode de Carrel-Dakin et l'hélio-

¹ Olivier : De la tuberculose annexielle. Thèse de Lyon, 1911-1912.

thérapie, nous paraissent les moyens thérapeutiques les plus recommandables ; l'héliothérapie, en particulier, a été préconisée par Patel qui a obtenu, par ce moyen, d'excellents résultats thérapeutiques.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Les résultats éloignés des interventions dans la tuberculose annexielle sont généralement bons, et les guérisons obtenues ont été habituellement durables.

Wolff compte 18 guérisons à longue échéance sur 28 malades opérées depuis plus de quatre ans. Sur les 116 malades dont Ollivier a recueilli les observations, 8 ont succombé ultérieurement à diverses localisations tuberculeuses, 80 ont pu être suivies et, parmi elles, 72 sont en parfaite santé.

Parmi les opérées d'Hartmann, Bergeret et Remilly, 10 ont été suivies, 3 sont mortes de tuberculose, les 7 autres restent complètement guéries.

Parmi les malades dont nous avons relaté les observations, 8 ont été opérées depuis la guerre, et l'on ne saurait encore parler chez elles de résultats à longue échéance ; toutes celles qui ont été revues sont d'ailleurs en bon état.

De ces 8 malades opérées avant 1914, 1 est morte des suites de l'intervention ; — 4 ont été perdues de vue ; — 1 a été revue au bout de 9 mois en excellente santé et ayant engraisé de 14 kilos (Obs. XII) ; — 2 enfin restent complètement guéries et en parfait état, après sept ans (X et IV).

CONCLUSION

Le principe de l'intervention chirurgicale dans le traitement de la tuberculose annexielle est devenu, pour ainsi dire, une règle générale.

Le traitement médical, notamment, en ce qui concerne la tuberculose annexielle avec ascite, n'a pas donné les résultats auxquels on était en droit d'espérer et les récives ont été fréquentes, lorsque chaque fois, à l'origine d'une ascite, il y avait une lésion de tuberculose génitale.

Le traitement chirurgical de la tuberculose salpingo-ovarienne peut présenter des difficultés opératoires et donner lieu à des complications immédiates et tardives.

Néanmoins, ces difficultés ne sont pas insurmontables, et les résultats immédiats et éloignés obtenus sont, la plupart du temps, favorables pour la guérison de la maladie et doivent encourager le chirurgien dans le traitement opératoire de cette affection.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme. (Rapport de Piqué. *Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris*, 1913).
- ALBERTINI. — Grossesse tubaire et tuberculose annexielle, sur la difficulté du diagnostic (*Lyon Médical*, 1911).
- ARCHAMBAULT. — Tuberculose de la trompe et filomyome tuberculisé (*Gazette des Hôpitaux*, 1907, p. 305).
- ARRIVAT. — A propos d'un cas de tuberculose annexielle (*Montpellier Médical*, juillet 1913).
- BARDELEBEN. — Traitement chirurgical de la tuberculose gynécologique (*Congrès international de la Tuberculose*, Rome, 1912).
- BERNHEIM. — Tuberculose primitive des organes génitaux de la femme (*Belgique Médicale*, 1900, n° 38).
- BROUARDEL. — Tuberculisation des organes génitaux de la femme (Thèse de Paris, 1865).
- DALCHÉ. — Tuberculose de l'appareil génital chez la femme (*Rev. gén. de Clinique et de Thérapeutique de Paris*, 1911).
- LE DENTU. — Tuberculose annexielle (*Semaine Gyn.* n° 17, 1901).
- DESGOUTTES et OLIVIERI. — Rôle des lésions intestinales dans le pronostic opératoire des annexites tuberculeuses (*Lyon Médical*, mars 1913).
- FAURE J.-L. — *Congrès international de Gyn. et d'Obst. de Rome* (1902).
- GOKOWITZ (M^{lle}). — De la tuberculose génitale de la femme (Thèse de Paris, 1900).
- HARTMANN, BERGERET et REMILLY. — Quelques réflexions sur la tuberculose salpingo-ovarienne (*Journ. de Gyn. et d'Obst.*, 1920, t. II, n° 1).
- JAYLE. — La tuberculose de la trompe (*Presse Méd.* du 21 juin 1913, n° 51).

- LAURENCE. — Tuberculose génitale (*Journal des Praticiens*, 1919, p. 573).
- LENORMANT. — La tuberculose génitale de la femme (*Progrès Médical*, Paris 1909, et *Gazette de Gynécologie*, 1909).
- MARTIN. — Génitale tuberculose (*The Journal American Association*, septembre 1908).
- MATHIEU (Ch.). — Contribution à l'étude de la périarésite tuberculeuse (Thèse de Paris, 1900).
- MAUCLAIRE. — Tuberculose génitale de la femme (*Revue internationale de la tuberculose*, Paris, 1912).
- MENETRIER. — Endométrite et salpingite tuberculeuse (*Société Anatomique*, 1889, p. 475).
- MOORE. — Tuberculose génitale (*Surgery Gynecology and Obstetric*, juillet 1919).
- OLLIVIER. — Le traitement de la tuberculose annexielle (Thèse de Lyon, 1912).
- PESTALLOZA. — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale de la femme (*Congrès international de la tuberculose*, Rome, 1912).
- PIOTROWSKA. — Des fistules pyostercorales survenant après la tuberculose des annexes et leur traitement (Thèse Lauzanne, 1902 et *Gynecol. Helvetius*, IV, p. 138, 1904).
- PONCET et LERICHE. — Tuberculose inflammatoire de l'appareil utéro-annexiel (*Tribune Médicale*, juin 1910).
- REMILLY. — Sur 32 observations de femmes opérées pour tuberculose génitale (Thèse de Paris, 1920).
- ROUVILLE (de). — A propos de 3 cas de tuberculose annexielle (*Montpellier Médical*, 1913).
- TERILLON. — Salpingite tuberculeuse (*Bulletin Médical*, p. 867).
- TODOSKI. — Tuberculose de l'ovaire (Thèse de Montpellier, 1913).
- VIOLET. — Annexite tuberculeuse, fistule de la paroi abdominale (*Lyon Médical*, 1897).
- WAGNER. — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale (*Congrès international de la tuberculose*, Rome, 1912).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.....	9
ÉTIOLOGIE.....	11
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	13
I. — Lésions unilatérales.....	13
II. — Lésions bilatérales.....	14
ÉTUDE HISTOLOGIQUE.....	17
PATHOGÉNIE.....	18
ÉTUDE CLINIQUE.....	20
I. — Tuberculose génitale, à forme d'annexite, avec ou sans pelvi-péritonite.....	20
II. — Péritonite tuberculeuse ascitique avec tuber- culose annexielle.....	33
III. — Abscess froid tubaire.....	37
IV. — Tuberculose de l'ovaire.....	46
TRAITEMENT.....	49
RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.....	52
CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	54
